



Programa Ryan White de Atención Primaria

Dirección de Salubridad y Servicios Humanos | Condado de San Diego

El Programa Ryan White de Atención Primaria (RWPC) no cubre toda la atención médica. Ni hospitalización, ni servicios de emergencia están cubiertos. Si es referido a Medi-Cal, o el Plan de Salud de Bajos Recursos (LIHP), debe aplicar dentro de 60 días de la fecha de la solicitud o perderá sus beneficios bajo RWPC.

A los pacientes con otra cobertura se les exigirá reembolsar el costo de los servicios recibidos bajo el RWPC.

Apellido Paterno		Nombre(s)		Inicial	Nº Seguro Social	Apellido Materno
Fecha de nacimiento		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Transgénero <input type="checkbox"/> MaF <input type="checkbox"/> FaM	Vivienda <input type="checkbox"/> Alquila; <input type="checkbox"/> Dueño; <input type="checkbox"/> Alquila Habitación; <input type="checkbox"/> Vive con familiares/amigos; <input type="checkbox"/> Centro de Abuso de Sustancias; <input type="checkbox"/> Instalación de Vivienda Asistida; <input type="checkbox"/> Sin hogar		
Latino? <input type="checkbox"/> Sí; <input type="checkbox"/> No	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Blanco; <input type="checkbox"/> Afroamericano; <input type="checkbox"/> Asiático; <input type="checkbox"/> Americano nativo; <input type="checkbox"/> Islas Pacífico; Otro: _____					
Domicilio						
Ciudad	Código Post.	No. de Teléfono	Código de Area()	Ingresos mensual (antes de impuestos; de la solicitud ADAP)		Tamaño del hogar
Etapa de enfermedad CDC: <input type="checkbox"/> VIH positivo, etapa desconocida; <input type="checkbox"/> VIH positivo, sin síntomas					Etapa a partir del año:	
<input type="checkbox"/> VIH con síntomas, no el SIDA; <input type="checkbox"/> VIH positivo, discapacidad; <input type="checkbox"/> SIDA definido por el CDC; <input type="checkbox"/> SIDA con discapacidad						
Modo de transmisión del VIH: <input type="checkbox"/> Rels. homos./Bisexual; <input type="checkbox"/> Droga intrav.; <input type="checkbox"/> Rels. heteros.; <input type="checkbox"/> Sangre o prods. Sanguíneos; Otro: _____						

- ¿Tiene usted seguro médico o cobertura Medi-Cal o Medicare? Sí, No
Si respondió "Sí": PARE AQUÍ. No tiene derecho a los servicios médicos Ryan White de Atención Primaria y debe usar su cobertura actual.
- ¿Recibe atención médica primaria a través de la Admón. de Veteranos u otra instalación militar? Sí, No
- ¿Vive en el Condado de San Diego? Sí, No; Si respondió "No": PARE AQUÍ. No tiene derecho a los servicios médicos Ryan White de Atención Primaria en el Condado de San Diego. Debe aplicar en su condado de residencia. Si es "Sí", continúe con la siguiente pregunta.
- ¿Es usted ciudadano de EE.UU. o ha sido usted un residente legal permanente (LPR) por cinco años o más? Sí, No
Si usted es un LPR con menos de 5 años de residencia, puede ser exento del requisito de cinco años para LIHP (pregunte al personal de la clínica para una lista completa). Si respondió "Sí", continúe con la siguiente pregunta, y si respondió "No", firme y ponga la fecha a continuación y devuelva el formulario al personal de la clínica.
- ¿Tiene entre 21 años y 64 años 9 meses de edad? Sí, No; Si respondió, "Si", continúe con la siguiente pregunta.
Si respondió, "No" y si tiene 21 años de edad o menos, tendrá que solicitar Medi-Cal; Si tiene 64 años 9 meses de edad o más, debe solicitar Medicare.
- ¿Recibe usted Ingresos de Seguro Social por Discapacidad (SSDI) o tiene una carta de su médico confirmando que padece de alguna discapacidad mental o físico? Sí, No; Si respondió "Si", usted puede ser elegible para Medi-Cal, notifique al personal de la clínica y complete la Solicitud RWPC (RW1). Si respondió, "No", pase a la pregunta número 8.
- ¿Tiene usted: más de 1 auto? Sí, No
más de 1 casa? Sí, No
más de \$2,000 en propiedades? Sí, No
Si respondió "No" a todo, usted puede ser elegible para Medi-Cal, notifique al personal de la clínica y complete la Solicitud de RWPC (RW1). Si usted contestó "Sí" una o más veces, pase a la siguiente pregunta.
- ¿Tiene la documentación que demuestre los ingresos mensuales de su hogar es inferior al 133% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)? Sí, No; (Usted debe proporcionar una copia de su solicitud de ADAP con esta solicitud.) Pida el FPL actual al personal de la clínica. Si usted contestó "Si", debe solicitar LIHP dentro de 60 días, firmar y poner la fecha a continuación y dárselo al personal de la clínica. Si usted contestó "No", y no tiene la documentación, proporcionalo dentro de 30 días o ya no será elegible para RWPC. Si usted contestó "No" y presentó la documentación de sus ingresos, es elegible para RWPC, debe firmar y poner la fecha a continuación y dárselo al personal de la clínica.

Las declaraciones anteriores son verídicas a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de información de mi expediente médico al Condado de San Diego y al contratista administrativo del programa Ryan White. Quedo enterado que la información que he proporcionado se encuentra sujeta a verificación. También me doy por enterado que perderé mis derechos a los servicios Ryan White por ocultar o deliberadamente suministrar información falsa. Recibí un ejemplar de la hoja informativa para pacientes sobre el Programa Ryan White de Atención Primaria y sé cuáles servicios se encuentran cubiertos y cuáles no. Me comprometo a solicitar Medi-Cal o LIHP si así se me indica y comprendo que podría darme de baja del Programa Ryan White de Atención Primaria si no solicito Medi-Cal o LIHP dentro de dos meses de la fecha que aparece a continuación con mi firma.

Firma: _____ Fecha: _____

El expediente médico del paciente apoya su derecho a recibir atención primaria Ryan White, ya que no cuenta con otra cobertura para estos servicios. Se le indicó al paciente que solicitara: Medi-Cal, Medicare, LIHP.

Nombre: _____ Clínica: _____ Fecha: _____

Si tiene preguntas referentes a esta solicitud, comuníquese con el departamento de VIH, ETS, y Hepatitis al: 619-293-4712.